（様式４）

令和　　年　　月　　日

企　画　提　案　書

つがる西北五広域連合病院事業管理者

所　在　地

名　　　称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

業務名　つがる総合病院医事業務委託

　標記業務について、次のとおり提出します。

なお、提出書類の記載事項について、事実と相違ないことを誓約します。

１　提出書類　　提案書（別添のとおり）

２　提出部数　　１１部（正本１部、副本（写）１０ 部）

（連絡先）所　属：つがる総合病院医事課

担当者：大久保

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話：0173-35-3111（内線2210）

F A X ：0173-35-1040

E-mail：ijika@city.goshogawara.lg.jp